345

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTE DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Mme GOURVITCH-SCHMERLING

Née le 14 janvier 1889 à Vilna (Russie)

LA FORME DIGESTIVE DE L'ÉNURÉSIE

Président : MONSIEUR LE PROFESSEUR MARFAN

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS DE MÉDECINE ET DE DROIT

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, (VI^e^ Ar^t^). — PARIS

(Anciennement 8, Rue Casimir-Delavigne)

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TESSIER
Pathologie chirurgicale	N.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM GILBERT DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	N.
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT DES-SAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercices

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LECENE	OMBREDANNE
BERNARD	DUVAL Pierre	LENORMANT	PROUST
BRANCA	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRINDEAU	GREGOIRE	LERI.	RETTERER
BROCA André	GUENIOT	LOEPER	RICHAUD
BRUMPT	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
CAMUS	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
CARNOT	JOUSSET André	MORESTIN	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LABBE Marcel	MULON	SICARD
CHEVASSU	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE.	NOBECOURT	TIFFENEAU
COUVELAIRE		OKINCZYC	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Faible témoignage d'une grande affection et d'une profonde reconnaissance.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/laformedigestive0017vari

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARFAN

PROFESSEUR DE THÉRAPEUTIQUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MÉDECIN DES ENFANTS MALADES

Chevalier de la Légion d'honneur

Hommage respectueux de profonde reconnaissance.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat

Monsieur le Professeur agrégé TERRIEN (1909-1910) premier semestre.

Monsieur le Professeur agrégé SICARD (1909-1910) deuxième semestre.

Monsieur le Professeur CHANTEMESSE (1910-1911).

Monsieur le Professeur BAR. (Stage d'accouchement 1911).

Monsieur le Docteur LESAGE, médecin des Hôpitaux (1911-1912.)

Monsieur le Docteur COLLIN, assistant de consultation à l'hôpital Hérold.

Monsieur le Professeur agrégé NETTER (1912-1913).

A MES AUTRES MAITRES

Monsieur le Professeur QUENU

Monsieur le Professeur RECLUS

Monsieur le Professeur agrégé CASTAIGNE

Monsieur le Docteur SIREDEY

AVANT-PROPOS

Avant d'aborder le sujet de notre modeste travail, c'est pour nous un réel plaisir d'avoir ici l'occasion de remercier tous ceux qui ont contribué de quelque façon que ce soit à notre éducation médicale.

Nous remercions particulièrement M. le docteur Lesage, médecin en chef de l'hôpital Hérold qui a bien voulu nous autoriser à recueillir les observations dans son service, pendant notre externat de 1911-12, et M. le docteur Collin, assistant de consultation d'Hérold, pour les précieux conseils qu'il a bien voulu nous donner pour notre travail, dont il est l'inspirateur.

Nous prions MM. les Professeurs Bar, Quénu, Reclus, MM. les Professeurs agrégés Castaigne et Netter de vouloir bien accepter l'expression de notre profonde reconnaissance pour leur excellent enseignement.

Nous adressons nos respectueux remerciements à M. le professeur Marfan pour l'honneur qu'il nous a fait d'accepter la présidence de cette thèse.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

C'est depuis longtemps qu'un grand nombre d'auteurs se sont occupés de cette affection, si fréquente chez les enfants, si rebelle au traitement et dont la pathogénie demeure encore obscure.

Un des premiers, qui a surtout étudié la pathogénie de l'énurésie, dite essentielle, est Jean-Louis Petit (1). Il décrit trois variétés d'incontinence ; 1° les incontinences des enfants paresseux, apathiques qui ne se lèvent pas pour pisser aux premiers avertissements ;

2° Certains enfants qui ont le sommeil très profond et 3° ceux qui rêvent pisser dans un pot de chambre.

Trousseau (2) est le premier qui, dans ses remarquables leçons cliniques à l'Hôtel-Dieu, ait fait une étude détaillée de cette affection. Pour Trousseau, l'inconti-

(1) Œuvres chir. t. IV, p. 109.
(2) Clin. de l'Hôtel-Dieu, t. II.

nence d'urine est une névrose, qui se traduit par une irritabilité excessive de la vessie, c'est cet excès d'irritabilité des fibres musculaires qui est la cause immédiate de l'incontinence.

C'est pourquoi il administre de la belladone à ces enfants.

D'après lui l'hérédité joue un grand rôle dans la névrose.

Guyon (1) explique l'incontinence par une atonie des sphincters; « chez les incontinents à faiblesse sphinctérienne, dit-il, l'exploration parcourt tout le canal, en ne transmettant à la main, qui le guide, que de faibles sensations, le sphincter uretéral se laisse traverser sans difficulté. Le malade n'a pas d'empreinte comme dans la cystite, mais il ne peut se retenir ».

Guinon dans sa thèse (Paris 1889) tâche d'établir que l'incontinence des enfants et des adultes est due au défaut d'action du cerveau sur le centre médullaire de la miction.

Désault (2) incrimine la vigueur de la contraction vésicale.

Thompsen (3) prétend que l'incontinence nocturne peut se produire à la suite d'un trouble passager des fonctions urinaires ou du système nerveux, et qu'une fois apparue, elle se continue « par force d'habitude » même quand les lésions occasionnelles sont disparues.

---

(1) Journal de méd. et de chir. prat. t. XXXIII.
(2) in thèse Carel.
(3) — —

Le professeur Jaboulay (1) incrimine le sympathique sacré.

Dans le traité classique de Comby, Grancher et Marfan (2) nous rencontrons l'article de M. Louis Guinon, pour qui, l'incontinence d'urine n'est qu'une des multiples manifestations de nervosisme et de dégénérescence mentale, presque toujours stigmate d'une hérédité nerveuse.

Des travaux tout récemment parus, je vais citer celui de mon excellent maître M. le docteur Lesage (3), qui dans son beau livre d'étude sur le nourrisson montre à quel point la connaissance approfondie des échanges digestifs est importante chez l'enfant.

Le travail de M. le Docteur Courtade (4) est une excellente monographie qui met parfaitement au point l'état de la question.

Et enfin, l'article de M. le docteur Collin paru dans la *Gazette des Hôpitaux* le 30 novembre 1911 et qui a servi de base à notre travail, où il a isolé et décrit une forme spéciale de l'énurésie la forme digestive.

C'est au complément d'étude de cette forme que nous allons nous attacher. Nous allons apporter un certain nombre d'observations d'enfants qui ont été *suivis pendant plusieurs mois.*

Nous avons eu la bonne fortune en suivant la consul-

---

(1) In thèse Carel.

(2) Traité des maladies d'enfance.

(3) Traité des maladies du nourrisson par le docteur Lesage.

(4) L'œuvre Méd. Chir. n° 65, 22 sep. 1911.

tation de l'hôpital Hérold de retrouver sous des prétextes les plus divers les enfants que nous avions soignés : notamment les demandes de départ à la campagne d'eux-mêmes, de leurs frères et sœurs, nous ont permis de faire l'examen de toute la famille, et nous avons vu que leurs collatéraux sont généralement entachés de tuberculose.

CHAPITRE II

Physiologie classique de la miction

L'acte de la miction, comme l'ont montré les physiologistes, est un acte réflexe et un acte complexe, qui exige la mise en jeu de la contraction de la vessie et le libre passage du cours de l'urine, auquel s'opposent en temps normal les sphincters.

Ces deux points ont été récemment démontrés par les expériences de MM. les docteurs Guyon et Courtade (1); de leurs expériences il résulte qu'une simple action locale sur les muscles ou sur les nerfs ne peut pas déterminer la miction. Courtade et Guyon ont électrisé les parois vésicales et n'ont eu que les contractions localisées en plaques, sans produire la miction.

Il faut l'intervention du système nerveux central : la miction étant un acte complexe, demande pour se pro-

(1) Archive de physiol. juillet 1896.

duire une « certaine association dans l'action des différents nerfs ».

L'homme adulte et sain sollicité par un besoin d'uriner peut refermer ce besoin et attendre, parfois un temps très long, le moment et l'endroit propice.

Comme l'a démontré M. le professeur Guyon (1) la production de réflexe, qui est situé dans la vessie elle-même, est due à l'excitation de ses nerfs sensitifs par « la mise en tension de ses parois ».

La sollicitation d'uriner, déterminée par le passage de quelques gouttes de liquide au niveau du col de la vessie devient consciente, et une opération psychique permet l'émission d'urine ou s'y oppose.

La répétition de cet acte tend à rendre automatique ce travail intellectuel. L'intervention purement corticale au début, devient de plus en plus automatique.

Chez l'enfant l'intervention psychique n'est pas encore automatique. Chaque sollicitation de miction demande, pour être refrénée, un effort, que l'éducation précoce rend de plus en plus facile et bientôt automatique.

Il s'agira donc au bout de quelques années d'un réflexe éduqué. D'ailleurs, il n'est pas seul dans l'économie, nous avons encore celui de la coordination des mouvements des yeux. Ce réflexe n'est pas éduqué chez le nouveau-né et ne se développe parfaitement que plus ou moins tard. (2)

---

(1) Archives de phys., juillet 1896.

(2) Thèse de Coutela, 1908 Paris.

Mais, si pour une raison quelconque ce travail intellectuel s'opère avec lenteur, soit que le système nerveux ait un retard de développement ou que ce retard porte électivement sur les centres de la miction, on conçoit que l'automatisme soit plus lent à venir, et que le travail intellectuel nécessite pendant quelques années de plus une intervention volontaire active.

L'intégrité corticale est nécessaire à produire l'inhibition. Or, l'activité ponctionnelle corticale se modifie dans le sommeil profond.

CHAPITRE III

Plusieurs cas cliniques

Par sa définition, l'énurésie, « véritable miction, inconsciente, involontaire, ne se produisant que la nuit », élimine tous les cas d'incontinence qui se traduisent par un écoulement d'urine continu au fur et à mesure qu'elle est déversée par les uretères.

Par conséquent, nous allons d'emblée éliminer tous les troubles de la miction dus à une lésion des parois vésicales ou du système nerveux

Dans le premier groupe vont entrer : la forme anatomique de l'énurésie, dans laquelle le sphincter est détruit par la présence d'une tumeur, les rétrécissements urétraux, les cas de difformité congénitale du côté de la vessie, appelée extrophie et caractérisée par l'absence de la paroi antérieure de la vessie ; du côté de l'urètre, les difformités caractérisées par la présence d'une ouverture anormale siégeant sur un des points de la paroi infé-

rieure de l'urètre — l'hypospodias ; l'épispodias, c'est une fissure congénitale de l'urètre, cette fissure peut occuper des sièges différents.

Dans tous ces cas il ne s'agit pas d'une incontinence vraie, qui domine la scène constituant *à elle seule toute la maladie*, mais d'un écoulement continu, qui n'est qu'un des symptômes nombreux de l'affection.

Dans toutes les affections du rein, de la vessie et de l'urètre comme, par exemple, turculose rénale, lithiare, cystite, etc., qui se caractérisent surtout par de la pollakiurie, nous pouvons constater à un moment donné de l'incontinence nocturne d'urine et même diurne. Mais la prédominance d'autres symptômes de l'affection causale nous permettrait d'éliminer l'énurésie essentielle. Un simple examen fait trouver la cause.

Dans le deuxième groupe entrent les lésions médullaires traumatiques ; lésions du cône terminal où l'on trouve fréquemment des troubles de la miction, se traduisant par une retention avec incontinence par regorgement ; la paralysie infantile, la maladie de Freidreich, maladie de Little, la paralysie diphtérique, le spina bifida.

Dans tous ces cas on vient consulter, parce que l'enfant a un membre paralysé, parce qu'il est en retard pour marcher ou parce qu'il a une tumeur dans la région lombaire, etc., mais jamais parce qu'il urine dans son lit, tandis que dans le cas d'énurésie essentielle, c'est sur ce point seulement que les parents viennent demander conseil.

L'enfant est bien portant, il va à l'école, il est intelli-

gent, mais depuis quelque temps il urine toutes les nuits dans son lit, ou parfois, diront les parents, il n'a jamais été propre. Ici l'incontinence est le *phénomène principal et non pas secondaire*.

Dans les névroses on observe fréquemment de l'incontinence d'urine.

M. Janet dans sa thèse (1) nous rapporte une observation d'un enfant qui avait eu l'incontinence d'urine d'origine hystérique. « Incontinence nocturne d'urine chez les enfants peut se rapporter à l'hystérie aussi bien qu'à l'épilepsie » dit Janet dans sa thèse.

Trousseau a particulièrement étudié l'incontinence qui peut se produire chez les épileptiques.

Genouville (2) nous explique la production de l'incontinence chez les neurasthéniques, qui est favorisée chez ces derniers par un état spécial de la vessie. Il a établi qu'il existe une dissociation entre la pression, qui est très faible, en même temps que la sensibilité qui coïncide avec cette pression, est très exagérée.

---

(1) Thèse de Paris 1889.

(2) Thèse de Paris, 1894.

CHAPITRE IV

Terrain. Hérédité

Presque dans tous les cas d'incontinence nous trouvons un terrain particulier, transmis héréditairement.

Quand on fouille dans les observations de ces enfants on trouve fréquemment une hérédité très chargée. La tare la plus commune est l'hérédité tuberculeuse et nerveuse. L'alcoolisme des parents est très fréquent. L'hérédité similaire y occupe une grande place.

Janet (1) dans sa thèse en rapporte 6 cas. Sur 24 observations que nous rapportons nous avons trouvé dans les antécédents familiaux de nos enfants :

La tuberculose 8 fois (voir les observations I, II, V, XIII, XV, XVIII, XIX et XXIII).

L'hérédité similaire 7 fois (observations I, IV, XIV, XV, XVI, XXII et XXIV).

(1) Thèse de Janet 1880. Paris.

L'alcoolisme 4 fois (voir les observations VII, XV, XVI et XXI).

Dans quelques observations (obs. I, XV et XVI) on voit toutes les causes réunies sur le même sujet.

L'incontinence se produit après l'âge de deux ans, rarement après dix ans. Elle peut survenir subitement ou apparaître à la suite d'une frayeur, d'un traumatisme, d'une maladie aiguë. Le moment de production de miction involontaire est différent, tantôt elle se produit dans la première moitié de nuit, le moment où le sommeil est le plus profond, tantôt vers le matin, ce qui est plus rare.

Parfois il s'agit d'enfants qui sont très agités la nuit, qui délirent, qui poussent des cris. Dans la journée ils sont calmes, mais ils ont des envies fréquentes d'uriner, leurs réflexes sont exagérés, et en outre quelques-uns d'entre eux ont une exagération du tonus musculaire des membres inférieurs (Frend).

L'incontinence physiologique dure habituellement jusqu'à l'âge de 18 mois. Pendant les deux premières années « le sphincter externe, gardien de la vessie, n'entre pas en action soit par suite d'un développement incomplet, soit parce que ses relations avec les centres nerveux supérieurs ne sont pas encore parfaitement établis » (1).

A 18 mois l'enfant commence à sentir le besoin d'uriner et ne présente de l'incontinence que la nuit. Peu à

(1) Denis Courtade. De l'incontinence nocturne chez l'enfant. Œuvre Med. chirurg. N. 65, 25 septembre 1911.

peu intervient la volonté pour résister à l'envie d'uriner, l'enfant devient enfin maître de ses mictions.

Mais dans le cas où le terrain a été préparé l'incontinence s'établit.

CHAPITRE V

Formes

Lorsque l'incontinence se développe sur un terrain nerveux, elle apparaît alors très souvent sans être précédée d'une période de propreté, elle continue dans ce cas la période physiologique d'incontinence, *sans solution de continuité*.

Trois formes d'incontinence se présentent :

I° Les enfants qui ont toujours uriné depuis leur naissance, *c'est la forme infantile prolongée* dans laquelle l'énurésie coexiste avec d'autres symptômes du syndrome infantile : résistance à la fatigue, exagération des réflexes, le signe de Babinski positif. Ce qui caractérise surtout cette forme, c'est l'absence « de période de propreté » ; le passage direct de l'incontinence physiologique à l'incontinence pathologique. Dans les antécédents de ces enfants nous trouvons très souvent une hérédité similaire, nerveuse ou tuberculeuse. Le

plus souvent il s'agit d'enfants nés avant terme, qui ont été en retard pour la marche, pour le parler, pour la dentition.

A côté de ces signes d'infantilisme, ces enfants présentent parfois des stigmates de dégénérescence : asymétrie du crâne et de la face, voûte palatine ogivale, etc. C'est chez ces enfants que Merklen (1) décrit l'énurésie hypogénésique.

Cette forme prolongée d'énurésie guérit presque toujours spontanément à une date impossible à fixer.

2° L'enfant urine, par périodes, aussi bien le jour que la nuit, *c'est la forme hémotive*, la forme avec excitabilité, dans laquelle le sommeil est très léger, le contraire de ce que nous allons rencontrer dans la forme digestive. Les enfants sont des pollakiuriques, ils peuvent uriner de 8 ou 10 fois par jour. On les voit au milieu d'un jeu très animé devenir brusquement très rouges et abandonner leurs petits camarades en se dépêchant d'aller uriner, mais très souvent ils y arrivent trop tard. Une dispute avec les camarades, une observation de la part des parents ou des maîtres provoque immédiatement un besoin impérieux d'uriner, très souvent accompagné d'incontinence.

L'enfant que nous avons pu observer, se mettait très facilement en colère. pleurait pour un rien.

Le soir ils causent beaucoup, sont longs à s'endormir. Leur sommeil est très léger, ils se réveillent au moindre

(1) Bulletin de la Société de pédiatrie de Paris, juin 1909.

mouvement, rêvent des choses qui se sont passées dans la journée en jetant des cris.

Dans cette forme nous rencontrons les autres caractères de la constitution émotive donnés par Dupré : exagération des réflexes tendineux, cutanés, pupillaires, hyperesthésie sensitive-sensorielle, déséquilibre vaso-moteur et secrétoire, tendance au spasme des muscles lisses : « Toute émotion sensibilise le système nerveux vis-à-vis des émotions ultérieures, dit Dupré » (1).

Leurs urines sont pâles, très pauvres en substances extractives. En explorant l'urètre on trouve de l'hyperesthésie et une résistance plus grande du sphincter membraneux à l'olive exploratrice. Le rêve mictionnel joue ici un grand rôle dans la production de l'incontinence nocturne.

Leur vessie est soumise à des contractions fréquentes, et l'hyperesthésie muqueuse est une des causes principales de cette pollakiurie.

Le degré d'intelligence ne paraît pas beaucoup dépendre de cette constitution émotive.

Comme traitement, il faut indiquer l'hygiène physiologique, le repos, les calmants.

Nous rapportons plus loin une observation d'énurésie hémotive-type et une observation d'énurésie infantile prolongée. (Voir les observations 23 et 24). Il n'est pas rare de voir ces deux formes cliniques s'imbriquer.

3e forme. — C'est la *forme digestive*, celle dont nous allons particulièrement nous occuper, les deux premiè-

(1) Dupré : La constitution émotive.

res étant des formes classiques, isolées depuis longtemps et sur lesquelles nous ne reviendrons plus.

Pendant notre séjour à l'hôpital Hérold, nous avons été frappé de voir qu'un grand nombre d'enfants qui présentaient de l'incontinence nocturne essentielle, avaient en même temps des troubles digestifs parfois si prononcés que nous les avons recherchés systématiquement chez les enfants atteints de la même affection. Nous nous sommes vivement intéressé à cette affection et nous avons pu constater que l'énurésie chez ces enfants était *intermittente*, survenant par périodes, et que ces périodes d'incontinence nocturne coïncidaient toujours avec l'apparition des troubles digestifs, précurseurs ou parallèles.

Dans tous ces cas où nous avons pu établir des rapports intimes entre les troubles digestifs, le sommeil profond et l'énurésie, cette dernière survenait presque toujours après une période de propreté absolue de quelques mois, ou de deux, trois ou six ans et plus.

Sur nos 24 observations nous avons trouvé :

4 enf.	propres	pend.	5	ans,	(ob. I, XIII, XVIII et XXIV).
3	—	—	6	—	IV, V, XIV.
2	—	—	8	—	VII et VIII
2	—	—	4	—	XVI et XX.
2	—	—	3	—	XIX et XXI.
1	—	—	9	—	II.
1	—	—	2	—	XII.
2	—	—	1	—	III et XI.
2	—	—	8 mois		obs. IX et XXII.

Nous allons rapporter plus loin nos observations *toutes semblables*, et c'est grâce à ces observations, en nous aidant de thérapeutique, que nous allons pouvoir décrire et isoler une troisième forme d'énurésie, la *forme digestive*.

Lorsqu'on examine ces enfants on constate des troubles gastriques, coliques et hépathiques, soit très nets, soit, ce qui est le cas ordinaire, beaucoup plus discrets, Leur sommeil est très profond ou parfois c'est un sommeil très agité entrecoupé de cauchemars, de terreurs nocturnes, chez quelques enfants on peut voir les deux deux alternatives se rencontrer dans la même nuit. Dans presque tous les cas d'énurésie digestive il s'agit des enfants qui ont été propres dès l'âge de 18 mois, de deux ans, de trois ans, jusqu'à l'âge de cinq, sept ans, et qui tout d'un coup, sans aucune cause apparente, commencent à s'oublier la nuit dans leur lit. L'exploration de leurs voies digestives à ce moment nous apprend que ces enfants ont, en même temps que de l'incontinence nocturne, du ballonnement du ventre, des alternatives de diarrhée et de constipation, langue chargée, haleine mauvaise, selles fétides, très peu ou trop colorées par la bile.

Les signes physiques viennent compléter le tableau des troubles digestifs : le foie est parfois augmenté de volume et douloureux à la pression ; l'estomac est dilaté et le phénomène du clapotage est très net, quoique étant généralement rare chez les enfants.

L'enfant est pâle. Nous avons vu des cas où la rate a

été grosse, perceptible à la palpation et à la percussion. La radiographie nous a été d'un puissant secours pour contrôler nos examens cliniques.

Au point de vue intellectuel, ce sont fréquemment des enfants à l'esprit paresseux, travaillant mal à l'école, distraits, apathiques.

Nous allons ici même rapporter trois de nos observations les plus typiques :

OBSERVATION I (Personnelle)

Enurésie digestive

Jean V... âgé de 10 ans, vient consulter le 21 décembre 1911 pour l'incontinence nocturne. L'enfant est né à terme, il a commencé à marcher à l'âge de 11 mois, à parler de très bonne heure. Il a eu sa première dent à 8 mois.

A. Personnels. — L'enfant a eu la rougeole à 2 ans, la scarlatine à 6 ans.

A. héréditaires. — Père mort de *tuberculose.* Son père urinait au lit jusqu'à l'âge de 18 ans. Mère bien portante,

Collatéraux. — Les oncles du côté paternel ont tous uriné au lit jusqu'à l'âge de 14 ans.

Histoire de la maladie. — L'enfant a été propre de 18 mois jusqu'à l'âge de 6 ans. Depuis l'âge de 6 ans, urine toujours la nuit dans son lit. Depuis, son sommeil est devenu très profond. De temps à autre l'enfant se plaint de maux de tête survenant vers 4 ou 5 heures du soir, des douleurs dans le ven-

tre. Il est très constipé, dit sa mère, et ses selles sont devenues très fétides depuis quelque temps.

A l'*examen* de l'enfant on trouve du côté de l'appareil digestif : langue sale, haleine fétide. A la palpation on perçoit un clapotis gastrique net. La radiographie de cet enfant fait constater un estomac un peu allongé (descendant debout à 2 m/m sous l'ombilic). La chambre d'air est fortement distendue. (Examen fait par M. le docteur Barret).

Système nerveux. — L'enfant a ses réflexes vifs, il conserve longtemps les attitudes données. On met l'enfant au régime avec eau de Vichy et du calomel,

Nous avons revu l'enfant le 16 janvier 1912. Régime bien suivi pour la première fois, l'enfant est resté 3 semaines sans uriner. On continue le régime.

OBSERVATION II

(personnelle)

N. V., vient consulter pour des troubles digestifs et pour de l'incontinence nocturne, le 11 décembre 1911.

L'enfant est âgé de 11 ans. Il est né à terme, il a commencé à marcher et à parler à un an. Il a eu sa première dent à 6 mois.

Ant. héréditaires. — Père mort de *tuberculose*, mère bien portante.

A. P. — L'enfant a eu la scarlatine et la rougeole. Histoire de la maladie : l'enfant a été propre de l'âge de 18 mois à l'âge de 10 ans, lorsque à la suite de la scarlatine il a commencé à uriner la nuit dans son lit. L'enfant urine par pé-

riodes, pendant 3 ou 4 jours, puis arrête et reprend dans 15 jours. Urine habituellement vers 2 heures du matin.

A l'interrogatoire nous apprenons que son sommeil est particulièrement profond au moment de période de l'incontinence et qu'en même temps il se plaint de douleurs abdominales, des migraines, il vomit, ses selles sont fétides.

Examen. — Tube digestif et ses annexes : clapotis gastrique. Foie douloureux à la pression.

S. nerveux, réflexes exagérés.

Pas d'albumine dans les urines. L'enfant a été soumis au régime.

Revu le 1er février 1912.

L'enfant est resté un mois et demi sans uriner au lit. Cinq jours après, l'enfant revient, depuis trois jours il a recommencé à uriner au lit. L'enfant a fait un écart de régime. A l'examen nous avons constaté de subictère, la distension des intestins par des gazs, on institue un traitement plus sévère. Revu le 27 février. Son état général est meilleur, bonne digestion. Il n'a pas uriné au lit depuis le 5 février.

OBSERVATION III

(Prise et suivie par un externe de la consultation à l'hôpital Hérold)

(*Enurésie digestive*)

Marcel M..., âgé de 27 mois, vient consulter le 18 novembre 1911.

L'enfant est né à terme, il a commencé à marcher à 13 mois, à parler à 14. Il a eu sa première dent à 10 mois.

Hist. de la maladie. — L'enfant a été propre de un an à deux ans. Depuis l'âge de deux ans il a commencé à uriner la nuit au lit, depuis, il a un sommeil très profond et des troubles digestifs très prononcés : diarrhée, vomissements, fétidité d'haleine, ballonnement du ventre.

Examen. — L'enfant est très gros.

Ap. digestif. — Son ventre est balloné et météorisé.

On institue un traitement.

L'enfant a été revu le 20 février 1912. Son sommeil est encore très profond, la diarrhée persiste, il urine au lit la nuit de temps à autre. Continuer le régime.

Nous l'avons revu encore une fois le 25 avril 1912. Meilleur aspect général, l'enfant a maigri, les troubles digestifs ont complètement disparu. L'enfant n'a uriné pas une seule fois la nuit au lit. Il dort moins profondément.

Nous relevons donc d'une façon constante ce parallélisme d'énurésie, de troubles digestifs et de sommeil profond.

Par quels procédés les troubles digestifs peuvent-ils amener l'énurésie ? Probablement par la production du sommeil profond.

Nous tacherons de donner ici quelques renseignements sur l'homme endormi; c'est à la thèse de Tournay (1) que nous empruntons ces précieux renseignements.

De ses recherches il résulte que durant le sommeil il se produit une diminution très notable dans la tonicité

(1) Auguste Tournay, thèse de Paris 1909.

des parois vésicales, on peut introduire une plus grande quantité d'eau dans la vessie, sans produire une augmentation de la pression ; et « comme les fonctions du système nerveux sont plus ou moins diminuées, il faut des excitations très fortes pour provoquer le réveil ». Waller dit, que dans le sommeil profond la conscience est absente, que les excitations même fortes ne produisent aucune sensation, les muscles sont complètement relachés, les réflexes tendineux sont supprimés.

Nous savons aussi que le sommeil n'est pas toujours général, que l'organisme n'est pas atteint dans son ensemble avec la même intensité, par exemple : l'homme qui dort en marchant. Pour expliquer ce phénomène il faut admettre que le sommeil n'est pas toujours et nécessairement général, qu'il est au contraire dans « sa nature même d'isoler chacune de nos parties ».

Ce sont des fonctions psychiques qui paraissent être au maximum touchées par le sommeil.

Longet (1) a démontré que la vue s'endort la première et se réveille la dernière, tandis que l'ouïe est la dernière qui s'endorme et la première qui se réveille.

Kohlshutter (2), se basant sur ce phénomène, a mesuré la profondeur du sommeil par les excitations de l'ouïe. Rosenbach (3) établit, que ce sont des réflexes, que nous devons employer pour mesurer la profondeur

(1) Longet. Traité de physiol. t. III.

(2) Mechanik des Schlafes.

(3) Sethlafenden Zeit f. Klin. Med. 1880. t. i.

du sommeil. Malheureusement il n'en indique pas la technique.

M. le docteur Collin, à qui revient le plus grand mérite de ce travail, a employé à l'hôpital Hérold une série d'excitations suivantes :

1° Projection de lumière d'une lampe électrique de poche parallèlement à l'axe visuel de l'enfant, éloigné d'un travers de main du visage ; 2° Attouchement du doigt sur le front ; 3° Coup de sifflet ayant pour tous la même intensité. Cet ensemble d'excitations étant considéré comme l'unité ; des enfants ont été réveillés à la première fois, pour d'autres il a fallu répéter jusqu'à 115 fois l'expérience. Parmi les derniers se trouvaient 3 énurétiques hospitalisés en vue de cette constatation. Ces expériences ont été complétées par la recherche du réflexe cutané abdominal, qui est le dernier qui disparaisse, ce réflexe a été absent dans tous les cas où le réveil a été très difficile.

Donc, nous pouvons conclure, que si le sommeil est profond, c'est le cortex qui dort plus profondément que toute autre partie de l'organisme. Chez les enfants que nous avons observés le sommeil a été le plus souvent très profond.

La nuit, grâce à l'augmentation des sueurs, Mosso (1), à la diminution de la tonicité de la vessie, qui se laisse plus facilement distendre, l'envie d'uriner est normalement moins impérieuse. Tout concorde donc à rendre les mictions plus rares la nuit. Encore faut-il que le sys-

(1) Physiologie.

tème nerveux veille pour réfréner les sollicitations de la vessie.

Mais si le cortex est le premier atteint par le sommeil (c'est ce que nous observons fréquemment dans l'énurésie digestive,) il l'est davantage dans un sommeil profond. Et si le sommeil ordinaire peut dissocier le réflexe éduqué des yeux, ce que nous savons depuis les expériences de Berger et de Lœvy (1), *pourquoi un sommeil profond ne produirait-il des modifications sensibles dans le réflexe de miction.*

L'expérience de Berger et de Lœvy consiste à soulever la paupière d'un enfant qui dort et de toucher la conjonctive bulbaire ou d'en approcher la bougie, dans ce cas l'œil sur lequel on expérimente fait un mouvement qui l'éloigne de l'objet pour fuir l'excitation, mais ce qui est curieux dans cette expérience, c'est que l'autre œil ne suit pas le mouvement.

Certains auteurs ont attribué un grand rôle au sphincter dans la production d'incontinence nocturne, mais l'épreuve à laquelle nous avons soumis les enfants incontinents de trois à quinze ans, nous permet de mettre hors de cause le sphincter. L'épreuve consiste à faire uriner les enfants devant nous en les prévenant qu'ils devraient s'arrêter au commandement. Tous ces enfants ont très bien arrêté et repris leurs mictions par deux et trois fois, montrant ainsi que leur sphincter était à la *hauteur de sa tâche.*

Par conséquent, toutes les fois que nous aurons un

(1) Berger et Lœvy, journal de l'anat. t. XXXIV, p. 369.

sommeil profond et insuffisance de l'éducation du réflexe, l'incontinence pourrait se produire ; toutes ces conditions sont réalisées chez le nourrisson.

Si nous rencontrons le sommeil très profond chez des enfants qui ont dépassé l'âge des nourrissons. nous sommes en droit de supposer qu'il peut s'agir d'un sommeil pathologique. « Le sommeil vraiment sain est celui dont nous pouvons être aisément réveillé », dit Wilson Philipps. (1)

Durham le complète en disant : « Si notre fatigue est si grande qu'elle rend notre sommeil plus profond, ce dernier participe de la nature de la maladie ». Ceci est réalisé dans l'incontinence des enfants qui présentent des troubles gastro-hépatiques, ce que nous allons pouvoir décrire sous le nom de *forme digestive d'énurésie* à l'aide de *thérapeutique* visant ces troubles digestifs.

Ces enfants aux troubles dyspeptiques peuvent être comparés aux individus qui sont temporairement sous l'influence d'un poison défini.

Dans ce cas l'énurésie s'installe, comme l'a si bien dit Monsieur le Docteur Collin, « à la faveur de la torpeur célébrale trop grande ».

Tout le monde sait combien est profond le sommeil des hommes ivres, ce sommeil est dû aux produits toxiques absorbés.

Nous pouvons très bien comparer le sommeil de nos enfants énuretiques aux troubles digestifs, au sommeil du chloroforme ou de l'éther, à la période d'anes-

(1) Wilson Philipps, in thèse Journay, p. 80.

tésie conformée. Les phénomènes que nous y rencontrons sont analogues à ceux de sommeil naturel profond : la sensibilité périphérique s'émousse tout d'abord dans le dos, dans le crâne, à la face et en dernier lieu au ventre, aux doigts et surtout aux organes génitaux.

« Peu de temps après l'intelligence a perdu toute vivacité, toute spontanéité. Un sommeil de plomb pèse sur l'organisme, tout acte de conscience a disparu, rien ne révèle plus désormais l'être intelligent et sensible. La volonté comme l'intelligence, est rapidement envahie par les vapeurs stupéfiantes. L'ensemble du système musculaire est plongé dans la résolution la plus complète. Aussi, rien de rare chez l'homme, comme les exonérations fécales et urinaires durant l'anesthésie ». (1)

Et comme l'anesthésie est la conséquence d'une action directe et spéciale exercée sur les centres nerveux par les vapeurs d'éther ou de chloroforme, le sommeil profond du cortex dans l'énurésie digestive est probablement la conséquence d'une action directe et spéciale exercée sur les centres nerveux par les toxines élaborées au cours des troubles gastro hépatiques.

« Le sommeil établi, l'homme est un animal dépourvu d'hémisphères cérébraux » (2).

Donc le traitement dans cette forme digestive d'énurésie doit s'inspirer des troubles digestifs ; en sup-

(1) Diction. encyclopéd. des sciences médicales. Article sur les anesthésies.

(2) Déjerine. — Traité de Pathol, génér. de M. Bouchard, 1901. t. V, page 377.

primant ces derniers nous pourrions rendre le sommeil moins profond, le besoin d'uriner serait donc perçu par le cortex pas trop envahi par le sommeil et l'énurésie cesserait. S'il reste un doute sur les rapports intimes de certaines énurésies et des troubles gastro-hépatiques, le succès des traitements institués confirmerait notre façon de voir. Notre traitement habituel consiste à employer : chez les uns des collagoques, pour activer la sécrétion biliaire, chez les autres la suppression des toxiques suffit. Il n'est pas rare de voir les enfants qui prennent plus d'un litre de vin par jour. Enfin chez les troisièmes un régime alimentaire a dû être institué.

Et nous avons pu voir que progressivement, en même temps que les troubles disparaissaient, le sommeil devenait plus normal, moins profond et l'énurésie cessait.

Nos observations suivies pendant un temps assez long le prouvent d'une façon constante.

On pourrait nous objecter qu'un grand nombre d'enfants aux troubles digestifs ou ayant des végétations adenoïdiennes, dorment profondément et malgré cela n'ont pas d'énurésie.

Il ne faut pas dans ce cas oublier que le terrain, l'âge, et peut-être les causes locales, jouent un grand rôle.

Tout le monde est actuellement d'accord pour admettre l'existence d'une hérédité nerveuse, si atténuée soit-elle.

La forme digestive débute le plus souvent à l'âge de

4 ou 5 ans ; pour qu'elle se produise il faut que depuis longtemps les troubles successifs aient modifié progressivement la capacité digestive de l'enfant et que, d'autre part, le réflexe éduqué de miction n'ait pas encore eu le temps à force de long exercice de devenir automatique.

Toutes les causes locales : phimosis, cystite, oxyures sont des puissants adjuvants. Il faut combattre ces causes locales, que nous considérons comme des causes du second ordre, car le sphincter, comme nous le savons, soumis à la volonté est continent. Inversement, l'incontinence nocturne se produit très bien et très fréquemment sans aucune causes locales.

CHAPITRE VI

Diagnostic de la forme digestive

En présence d'une énurésie les questions que nous avons à nous poser sont :

1° S'agit-il d'une incontinence essentielle, c'est-à-dire d'une véritable énurésie.

2° Si c'est une incontinence essentielle, quelle en est la forme.

3° Quelles sont les causes de cette énurésie.

Pour faire le diagnostic d'incontinence essentielle nous allons nous baser sur l'âge de l'enfant — nous avons déjà dit plus haut qu'elle survient rarement après l'âge de 10 ans — ; sur l'existence d'un terrain particulier, sur l'absence des phénomènes douloureux, sur le fait que l'incontinence ne se produit le plus souvent que dans la nuit et enfin sur l'absence de troubles fonctionnels de différent ordre.

Tout d'abord il faudrait éliminer les différentes formes de pollakiuries dans lesquelles l'enfant perd son urine aussi bien la nuit que le jour.

Deuxièmement, il faudrait éliminer toutes les lésions congénitales ou acquises de l'appareil urinaire. Parmi les premières nous avons déjà cité : l'hypospadias, l'épispadias, des abouchements anormaux de l'urètre.

Dans la monographie du docteur Denis Courtade (1) nous trouvons deux observations d'Albarran dans lesquelles, l'incontinence a été produite par une cystocèle vaginale, due à une absence congénitale de la couche musculaire vésico-vaginale dans un cas, et dans l'autre par l'adhérence anormale de la face postérieure de la vessie à la face antérieure de l'utérus. Parmi les deuxièmes, nous citerons tout d'abord, la cystite tuberculeuse ou banale, la lithiase vésicale, la présence des tumeurs sur la muqueuse vésicale, la pyelonephrite, plus rarement il s'agit des fistules uretéro-vaginales acquises.

Troisièmement, il ne faudrait pas oublier qu'un grand nombre de maladies du système nerveux se compliquent d'incontinence, ayant les caractères d'une incontinence essentielle.

Dans tous ces cas un examen attentif nous permettrait de dépister les symptômes de maladie primitive. Si dans le spina bifida nous ne trouvons pas de tumeur, une constatation d'une hypertrichose dans la région lom-

(1) Œuv. Méd. chir. n. 65 et Contribut. à l'étude de l'incont. essentielle.

baire ou cervicale nous pourrait mettre sur la voie de diagnostic. Dans les myelites, dans la maladie de Friedreich, les paralysies des membres inférieurs vont nous aider. Dans la maladie de Little le retard pour la marche, la présence du signe de Babinski après l'âge de deux ans, les réflexes exagérés, nous permettront d'éliminer l'énurésie, dite essentielle.

Dans l'hystérie et l'épilepsie on éliminerait le diagnostic d'énurésie essentielle dans tous les cas où l'incontinence serait rare et commencerait tard. Un grand nombre d'auteurs considèrent la plupart d'énurésies intermittentes comme conséquence d'une épilepsie fruste.

L'épileptique présente au maximum la suppression temporaire du fonctionnement cérébral. Comme chez les énuretiques, dans les antécédents des épileptiques, nous trouvons souvent des convulsions pendant la première enfance ; enfin, de même que dans les cas que nous allons rapporter, le régime alimentaire influe favorablement sur la fréquence des accès comitiaux. Tout en reconnaissant la justice et le bien fondé de ces remarques, nous allons rester sur le terrain purement clinique. En nous rapportant aux considérations cliniques, l'épilepsie reste une maladie rare.

Le médecin qui devrait se prononcer sur l'étiologie d'une énurésie intermittente, devrait toujours penser à l'épilepsie, ne serait-ce que pour l'éliminer.

Nous ne parlerons pas de diagnostic de la simulation, car il s'agit des enfants et non pas de jeunes soldats.

D'ailleurs, chez ces derniers, M. Carel (1) dans sa thèse, attribue l'incontinence nocturne sans causes appréciables, à l'hyperchlorurie avec polyurie, qu'il explique par un trouble de nutrition se produisant dans « l'intimité des tissus ».

Une fois le diagnostic d'énurésie dite essentielle fait, il faudrait faire celui de la variété. Pour diagnostiquer la forme infantile prolongée, nous nous basons sur l'existence des signes du syndrome infantile énumérés plus haut : résistance à la fatigue, conservation des attitudes, Babinski positif, reflexes exagérées, et sur le fait capital que l'incontinence suit la période physiologique sans solution de continuité ; il n'y a pas de période « de propreté absolue », caractéristique de la forme digestive.

La forme émotive pourrait être différenciée de la forme digestive par son sommeil très léger, mictions impérieuses dans la journée, en même temps que par ce fait que les enfants sont dans l'impossibilité complète d'émettre quelques gouttes d'urine lorsqu'ils se savent observés. Leurs urines sont très abondantes, claires.

Le diagnostic de forme digestive d'énurésie repose sur la constatation d'un sommeil profond ou troublé par des cauchemars, coïncidant avec l'énurésie, sur l'intermittence dans son apparition — l'enfant peut rester un temps plus où moins long sans uriner dans son lit.

Apparition de l'incontinence en même temps que des troubles digestifs et enfin, l'existence d'une période de propreté absolue. Le succès du régime institué lève tous les doutes du diagnostic.

(1) Carel. Thèse de Lyon, 1903.

OBSERVATIONS

OBSERVATION IV

(De M. le docteur Lesage)

Georges E..., âgé de 9 ans, vient consulter pour de l'incontinence nocturne le 29 janvier 1912.

L'enfant est né à terme, il a marché à un an, il a commencé à parler à 16 mois. Il a eu sa première dent à 10 mois. Élevé au sein.

Ant. personnels. — Il a fait une broncho-pneumonie à l'âge de 9 mois, la rougeole et la varicelle à l'âge de un an.

Ant. héréditaires. — Père bien portant, mère sujette aux bronchites.

Collatéraux. — Deux oncles du côté maternel urinaient au lit jusqu'à l'âge de 11 ans.

Histoire de la maladie. — L'enfant a été propre de l'âge de 2 ans jusqu'à l'age de 8 ans. Depuis un an urine constamment au lit. L'enfant présente comme signes d'énurésie digestive : sommeil très profond, il est agité dans la journée, pollakiurie

diurne ; depuis un an se plaint souvent des douleurs dans le ventre, a beaucoup de gazs, ses selles sont très fétides, l'haleine est mauvaise.

Signes physiques : A la palpation, clapotis gastrique très net. Son foie est gros, dépasse de deux travers de doigts le rebord costal. Rate perceptible.

On le met au traitement.

7 février 1912. — L'enfant revient. Il n'a uriné qu'une seule fois dans son lit la nuit depuis 15 jours. A l'examen on trouve la rate encore perceptible, le foie est diminué. Continuer le régime.

OBSERVATION V (personnelle)

Enurésie digestive

René M..., âgé de 8 ans, vient la première fois le 14 décembre 1911.

Depuis un an l'enfant a de l'incontinence nocturne.

Ant. de l'enfant. — Né à terme, marché à 15 mois, parle à un an. Il a eu la rougeole à l'âge de 2 ans. L'enfant est toujours maladif, tousse de temps à autre.

Ant. héréditaires. — Père mort de *tuberculose*, cinq enfants morts de méningite tuberculeuse vers l'âge de 25 mois. Une sœur a la coxalgie.

Histoire de la maladie. — L'enfant a eu une période de propreté de l'âge de 28 mois jusqu'il y a un an il a commencé à uriner au lit d'une façon *intermittente*. Au moment de ses périodes d'incontinence il se plaint des douleurs dans le ven-

tre, a une diarrhée abondante, vomit quelquefois. *Depuis quelques temps* dort très profondément.

Ap. digestif et ses annexes. — Foie et rate normaux.

Ap. respiratoire. — A l'auscultation on trouve en arrière au sommet du poumon droit, une inspiration rude avec retentissement de la toux et de la voie. A la percussion de la submatité dans la même zone.

L'enfant travaille bien à l'école.

On le soumet au régime.

Le 11 janvier 1912. L'enfant n'a pas uriné depuis le 16 décembre. Son aspect est meilleur. Continuer le traitement.

Revu le 22 février 1912.

L'enfant n'a plus uriné au lit,

OBSERVATION VI (personnelle)

(Enurésie. Forme digestive)

F. V., âgé de 4 ans, vient consulter le 20 février 1912 pour de l'incontinence nocturne et des troubles digestifs.

Antécédents de l'enfant. — Il est né à terme. Il a commencé à marcher et à parler à un an. Sa première dent est apparue à 9 mois. Elevé au sein.

L'enfant a eu des convulsions à l'âge de 9 mois, la rougeole à deux ans.

Anl. héréditaires. — Rien de particulier.

Examen de l'enfant. — L'enfant a eu une très courte période de propreté. Reste parfois 2 ou 3 jours sans uriner au lit ; urine beaucoup dans la journée. L'enfant présente de temps à autre des troubles digestifs ; douleurs dans la région épigastrique, matières décolorées très fétides. Se plaint souvent

des maux de tête. Sommeil très profond. Dort sur le pot, dit sa mère.

Signes physiques. — Foie gros et douloureux. Rate perceptible à la percussion et à la palpation.

Système nerveux. — Réflexes normaux. Babinski -- flexion de deux côtés. Pas de résistance à la fatigue.

A l'examen d'urine on trouve beaucoup de phosphates. On institue un régime.

Revu le 4 mars 1912.

Sommeil moins profond, plus calme, depuis qu'il est au régime est resté 10 jours sans uriner.

Meilleur état général. L'enfant est moins bouffi, moins rouge. On continue le régime.

OBSERVATION VII

De M. le docteur Collin

Raymond G..., âgé de 9 ans et demi. Vient consulter le 14 décembre 1911 pour de l'incontinence nocturne. L'enfant est né à terme, il a marché à 14 mois, il a parlé à un an.

Ant. personnels. — Diarrhée à l'âge de 3 mois, croup à deux ans, rougeole à 3 ans.

Ant. héréditaires — Père a bu autrefois et présentait à un moment donné de signes d'éthylisme : pituites abondantes, diarrhée, etc. Mère bien portante.

Hist. de la maladie. — L'enfant a été propre dès l'âge de 15 mois jusqu'au mois de septembre de l'année dernière. L'enfant urine dans son lit 2 ou 3 fois tous les 8 jours. Depuis le mois de septembre de l'année dernière l'enfant a son sommeil

troublé de cauchemars, présente de la diarrhée très abondante de temps à autre. Son haleine est très forte les matins au réveil.

Examen du malade. — Appareil digestif et ses annexes : Foie déborde un travers de doigt le rebord des fausses côtes La rate est perceptible à la percussion 4/4.

S. nerveux. — Réflexes normaux. Babinski en flexion.

On institue le traitement des troubles digestifs.

L'enfant revient le 27 janvier 1912.

L'enfant n'a pas uriné au lit. A l'examen on trouve : le foie normal, ne déborde plus le rebord costal, rate encore perceptible. L'enfant a encore un peu de diarrhée. On continue le traitement.

OBSERVATION VIII

(De M. le docteur Collin)

Enurésie digestive

Jules M..., âgé de 13 ans.

Ant. h. — Rien à signaler.

Ant. pers. — A 11 ans la rougeole. C'est un enfant très nerveux, tout lui fait peur, n'entre jamais dans une pièce sombre, se met facilement en colère.

Histoire de la maladie. — Depuis 4 ans urine par *période* dans son lit la nuit, son sommeil est entrecoupé par des cauchemars, rêve des choses terribles : des serpents, des crapauds, etc.

C'est un enfant qui boit beaucoup et mange beaucoup de charcuteries et de viande à la sauce. L'enfant présente de temps en temps de poussée d'urticaire. On institue un régime pen-

dant 15 jours et durant ces 15 jours il n'a jamais uriné la nuit au lit, son sommeil est beaucoup plus calme. On continue le régime.

OBSERVATION IX (personnelle)

Renée S..., âgée de 20 mois vient consulter le 16 janvier 1912.

L'enfant est née à terme. Elle a commencé à marcher et à parler à un an. Elle a eu sa première dent à 6 mois. Elevée au sein.

Histoire de l'incontinence. — L'enfant a été propre à l'âge de 10 mois. Il y a deux mois l'enfant a eu de l'entérite muco-membraneuse et urine au lit depuis cette époque. Suivre un régime et revenir dans 15 jours.

Le 30 janvier 1911, nous avons revu l'enfant, elle n'a pas uriné au lit depuis qu'elle suit le régime. Les vomiseements ont complètement cessés, mais elle a encore un peu de diarrhée.

OBSERVATION X (personnelle)

Enurésie digestive

A. I..., âgé de 10 ans, vient consulter pour de l'incontinence nocturne le 6 janvier 1912.

Ant. personnels. — L'enfant est né à terme. Il a commencé à marcher à 10 mois, à parler à un an. Elevé au sein.

Ant. héréditaires. — Père asthmatique, mère bien portante.

Histoire de la maladie. — L'enfant n'a pas eu de période de propreté, urine presque chaque nuit au lit.

Depuis quelque temps urine toutes les nuits sans s'arrêter.

Pendant les 8 derniers jours boit et mange plus que d'habitude et a des envies fréquentes et impérieuses d'uriner dans la journée. Son sommeil est très profond.

Examen du petit malade. — Du côté du tube digestif : ventre ballonné. Foie et rate normaux.

Syst. nerveux. — Réflexes très vifs partout.

Organes génitaux. — Phimosis.

L'enfant est envoyé en chirurgie pour se faire opérer

Le 15 janvier on lui fait une dilatation du prépuce. L'enfant continue à uriner au lit. Les troubles digestifs : constipation, vomissements, persistent.

Le 27 janvier, on institue un régime alimentaire, on prescrit du calomel.

L'enfant a été revu deux semaines après.

L'enfant pendant quinze jours n'a uriné qu'une seule fois. Son sommeil est moins profond. L'enfant est mieux dans son ensemble.

OBSERVATION XI (personnelle)

Grosses fautes de régime. Enurésie avec troubles digestifs.

Consulte la première fois le 15 décembre 1911.

Cécile G..., âgée de 2 ans 1/2.

L'enfant est née à terme, elle a commencé à marcher à 11 mois, à parler à 15 mois. Elle a eu sa première dent à 10 mois. L'enfant a été élevée au biberon.

H. de la maladie. — L'enfant a été propre de 16 mois jusqu'il y a 8 jours qu'elle a commencé à uriner dans son lit toutes les nuits.

Depuis 8 jours son sommeil est particulièrement profond « on a beau faire tout ce qu'on veut, il est presque impossible de la réveiller » dit sa mère, l'enfant se plaint des douleurs dans le ventre, de maux de tête, son haleine est fétide, elle a rendu deux fois pendant 8 jours. Ses selles sont très fétides.

Depuis un mois cette enfant a changé de nourriture, sa mère l'a laissée chez une de ses tantes où l'enfant prenait tous les jours du vin blanc et ne mangeait que de la charcuterie.

Examen. — Système nerveux : Résistance à la fatigue très nette, réflexes vifs, Babinski en flexion bilatérale.

Ap. dig. et ses annexes. — Son ventre est ballonné ; le foie est douloureux et dépasse le rebord des fausses côtes.

La rate est normale.

On institue un régime avec eau de Vichy.

L'enfant revient le 30 décembre 1911

L'enfant n'urine plus, la mère la trouve beaucoup mieux, elle n'a pas rendu, son sommeil est moins profond.

Continuer le régime.

OBSERVATION XII (Personnelle)

Enurésie digestive

Jean V..., âgé de 4 ans et 7 mois. Consulte la première fois le 18 novembre 1911.

L'enfant est né à terme. Il a eu sa première dent à 7 mois. Il a commencé à marcher et à parler à l'âge de 2 ans.

Dans ses antécédents héréditaires on ne relève rien de particulier.

Histoire de la maladie. — L'enfant a été propre dès l'âge de 2 ans jusqu'à l'âge de 4 ans.

Sa mère vient consulter parce que depuis 7 mois l'enfant a recommencé à uriner, il urine dans son lit par périodes, parfois pendant 3 ou 4 jours de suite.

Cette incontinence nocturne correspond presque toujours avec une diarrhée, des selles très fétides et parfois des vomissements. Son sommeil est très profond, parfois troublé par des cauchemars.

Examen de l'enfant. — Appareil digestif et ses annexes : gros ventre, tympanisme très prononcé.

Foie un peu gros, rate normale.

L'enfant a beaucoup de gaz et l'haleine sentant très mauvais.

L'enfant mange beaucoup, mais d'une façon intermittente.

Système nerveux, Babinski, en extension à gauche, flexion à droite, résistance à la fatigue très nette du côté gauche.

On donne à l'enfant un régime alimentaire.

L'enfant revient au mois de décembre.

L'enfant n'a plus de cauchemars, dort mieux, il n'a pas uriné au lit depuis 15 jours, continuer le traitement.

5 février 1912.

Pas uriné depuis, il n'est jamais resté si longtemps sans uriner au lit, dit la mère.

Nous avons revu encore une fois cet enfant le 23 mars 1912.

L'enfant n'a pas uriné au lit depuis le 5 février, sauf la semaine dernière 1 fois, cette incontinence coincidait avec la diarrhée, une céphalée et somnolence. On institue de nouveau un régime.

OBSERVATION XIII

(Recueillie par M. le docteur Collin)

V... Marie-Louise, âgée de 6 ans, vient consulter le 15 janvier 1912 pour l'incontinence nocturne qui est survenue depuis trois mois.

L'enfant est né à terme. Elle a marché à 15 mois, parlé à 18 mois. A eu sa première dent à 10 mois. L'enfant a été élevée au biberon.

Ant. hér. — Père menuisier, a eu une pleurésie purulente. Mère est morte à 36 ans de *tuberculose* pulmonaire.

3 autres enfants morts de méningite tuberculeuse, un quatrième mort de tuberculose pulmonaire.

Histoire de la maladie. — L'enfant a été propre de bonne heure. Il n'urine la nuit dans son lit que depuis trois mois avec de petits intervalles. Jamais dans la journée. Sommeil très profond. Depuis quelques temps, l'enfant a souvent des cauchemars, rêve des attaques des bandits.

Examen. — Appareil digestif et ses annexes : ventre ballonné, la tante nous dit que l'enfant a beaucoup de gaz, une haleine forte le matin, ses matières sont très fétides, blanches par moments.

On met cette enfant au régime.

Revient le 1er février 1912.

On constate de l'amélioration générale, l'enfant a moins de cauchemars, elle a encore des selles blanches et continue encore d'uriner dans son lit de temps à autre. Régime plus sévère et on prescrit du calomel.

21 mars 1912. Meilleur état général. Cette fois l'enfant est restée 3 semaines sans uriner au lit, continuer le traitement.

OBSERVATION XIV

(Recueillie par M. le Docteur Lesage)

Enurésie digestive

S... Marguerite, âgée de 9 ans. Vient consulter le 27 février 1912 pour une énurésie qu'elle a depuis un an.

L'enfant a eu sa première dent à 6 mois.

Elle a commencé à marcher et à parler à 18 mois. Elevée au biberon.

Elle a eu la rougeole à 18 mois, la coqueluche à l'âge de 2 ans, troubles gastro-hépatique à l'age de 6 ans.

Ant. Héréd. — Mère présentait de l'enuresie nocturne jusqu'à l'âge de 13 ans.

Père bien portant.

Grand père maternel, urinait dans son lit jusqu'à l'âge de 18 ans.

Histoire de la maladie. — L'enfant a été propre de l'âge de deux ans jusqu'à l'âge de 8 ans. Depuis un an l'enfant se plaint souvent des douleurs de l'estomac, presque toujours constipée depuis. Son haleine est forte le matin. De temps à autres ses selles sont décolorées, sentent fort et ces phénomènes s'accompagnent d'un peu de subictère. L'enfant n'urine jamais dans son pantalon dans la journée.

Examen. — Ap. dig. et annexes : Clapotis gastrique très net.

Foie et rate normaux.

Sys. N. — Babinski en flexion bilatérale. L'enfant a ses réflexes très vifs.

Poumons. — A l'auscultation, respiration soufflante au sommet droit.

On met l'enfant au régime.

Revue le 12 mars. — L'enfant n'a pas uriné depuis 15 jours. L'enfant se sent mieux, pas de douleur dans le ventre. Son ventre est moins ballonné. Les conjonctives sont blanches. Continuer le régime.

OBSERVATION XV (personnelle)

V. L..., âgé de 29 mois vient consulter pour de l'incontenance nocturne, sommeil profond et des troubles digestifs.

C'est un enfant qui mange beaucoup et prend des repas abondants avant de se coucher. Depuis neuf mois l'enfant a des troubles digestifs ; diarrhée avec selles fétides, vomissements fréquents, il est jaune par moment.

A l'examen nous trouvons du côté de l'appareil digestif.

Le ventre est gros, à la palpation on constate du clapotis net. Le foie déborde le rebord costal de deux travers de doigts. La rate est grosse, perceptible à la percussion et à la palpation.

Dans les antécédents familiaux de cet enfant nous relevons 1° de l'hérédité similaire : père urinait au lit jusqu'à l'âge de 10 ans ; 2° de l'hérédité alcoolique, son père est mort au cours d'un délirium trémens, et 3° de la bacilore. Mère tuberculeuse, une sœur morte de tuberculose pulmonaire. On institue un régime.

L'enfant n'est pas revenu.

OBSERVATION XVI

(Recueillie par M. le Docteur Collin)

(*Enurésie et troubles digestifs*)

Raymond B..., âgé de 11 ans vient consulter le 14 décembre 1911.

L'enfant est né à terme, il a commencé à marcher et à parler à un an. Il a eu sa première dent à 10 mois. L'enfant a eu la scarlatine à l'âge de huit ans.

Ant. héréditaires. — Son père urinait au lit jusqu'à l'âge de 8 ans, Il est alcoolique, a eu du palludisme. Mère bien portante. Un de ses frères, qui a actuellement 14 ans, urinait au lit jusqu'à l'âge de 8 ans.

Histoire de la maladie. — Raymond a été propre de l'âge de 2 ans jusqu'à l'âge de 6 ans. Depuis l'année dernière urine presque constamment la nuit dans son lit, avant il urinait

par périodes de 4 ou 5 jours. Son sommeil est troublé de cauchemars, l'enfant ne se réveille jamais la nuit.

Depuis quelque temps l'enfant se plaint de maux de tête, a des périodes de constipation opiniâtre, fait des crises de subictères, avec selles décolorées, très fétides. Vomit de temps à autre.

A l'examen nous trouvons un estomac clapotant à jeûn. Le foie déborde de un travers de doigt le rebord costal. La rate est normale.

Système nerveux. — Les réflexes de l'enfant sont très vifs.

On met l'enfant au régime.

L'enfant est revenu le 13 janvier 1912. Il a resté 3 semaines sans uriner la nuit au lit, il a régulièrement ses selles. Son sommeil est calme.

OBSERVATION XVII (personnelle)

Enurésie digestive

Henri L..., âgé de 11 ans, vient consulter le 10 décembre 1911 pour de l'incontinence nocturne.

L'enfant est né à terme. Il a eu sa première dent à 13 mois. Il a commencé à marcher et à parler à 20 mois. Il a été élevé au biberon.

Ant. personnels. — L'enfant a eu la rougeole à 4 ans, la coqueluche à 5 ans.

Dans les *antécédents héréditaires* nous ne relevons rien de particulier.

Histoire de la maladie. — L'enfant n'a jamais été propre, mais il a des alternatives : reste parfois 2 mois, 15 ou 8 jours sans uriner la nuit au lit.

Parallèlement à ces alternatives de l'incontinence nocturne l'enfant présente des troubles digestifs : alternatives de constipation et de diarrhée, l'haleine très forte le matin au réveil, selles presque décolorées. L'enfant se plaint de douleurs dans le ventre après les repas. Son sommeil est très profond, l'enfant est très dur à se lever le matin.

A l'examen de l'enfant nous trouvons du côté de sa peau de la gourme.

Appareil digestif et ses annexes. — Tympanisme très prononcé de l'abdomen, à la palpation on trouve du clapotis gastrique très net. Le foie est gros et douloureux à la palpation. On institue un régime.

L'enfant a été revu le 28 décembre 1911.

Depuis 15 jours l'enfant n'a pas uriné la nuit au lit, son abdomen est moins météorisé, le foie n'est plus gros ni douloureux. *Le sommeil de l'enfant est plus calme, moins profond, l'enfant est moins dur à se lever le matin, la nuit il se réveille pour aller sur le pot.*

L'enfant travaille mieux, on s'en plaint moins à l'école.

OBSERVATION XVIII

(Recueillie par M. le docteur Collin)

Énurésie digestive

Juliette C..., âgée de deux ans et 7 mois, consulte la première fois le 11 novembre 1911. L'enfant est née à terme. Elle

a commencé à marcher et à parler à l'âge de 1 an. Elle a eu sa première dent à 6 mois.

Antéc. personn. — L'enfant a eu la rougeole à 2 ans.

Antéc. héréd. — Père mort de *tuberculose* à l'âge de 27 ans. Mère bien portante, un grand nombre de parents morts tuberculeux.

Histoire de la maladie. — L'enfant est devenue propre à 17 mois. Depuis 3 mois elle recommençait à uriner toutes les nuits dans son lit. L'enfant a des envies fréquentes d'uriner dans la journée, mais elle se retient bien.

Depuis quelques temps l'enfant a beaucoup de gaz, sa langue est blanche. Elle mange plus que d'habitude depuis quelque temps, prend du vin blanc. L'enfant présente des alternatives de diarrhée et de constipation. De temps à autre son ventre se ballonne, ses selles changent souvent de couleur. L'enfant est très nerveuse.

Examen. — Appareil digestif et ses annexes.

Langue chargée. Ventre ballonné et météorisé. Le gros intestin est distendu. Clapotis gastrique très nette.

Foie douloureux à la palpation. Rate normale.

Système nerveux : Babinski en extension à gauche. Les réflexes sont très vifs.

On soumet l'enfant au régime et on supprime le toxique, le vin blanc.

Le 14 décembre 1911 l'enfant a été revu. L'enfant n'a uriné depuis le 15 novembre que trois fois. On continue le traitement.

OBSERVATION XIX (personnelle)

(*Enurésie digestive*)

B. G., âgée de 12 ans, vient consulter pour de l'incontinence nocturne et pour les troubles digestifs le 14 décembre 1911.

L'enfant est née à terme, première dent à 11 mois, elle a commencé à parler à 12 mois, à marcher à 17 mois.

Ant. personnels. — Diarrhée verte à l'âge de 6 mois ; pas de maladies d'enfance.

Ant. hér. — Mère est tuberculeuse, père bien portant, sobre. Deux autres enfants de 4 et de 9 ans bien portants.

Histoire de la maladie. — L'enfant a été propre de deux ans jusqu'à l'âge de 5 ans.

Depuis l'âge de 5 ans urine la nuit au lit. Urine par périodes, 2 ou 3 fois par semaine, peut rester plusieurs mois sans uriner la nuit dans son lit. L'enfant a un sommeil très profond et des cauchemars.

L'enfant mange beaucoup et mâche très vite, elle présente depuis quelque temps des alternatives fréquentes de diarrhée et de constipations, ces troubles coïncident avec la période de l'incontinence, en même temps l'enfant émet beaucoup de gaz.

A l'examen de l'enfant nous trouvons *du côté de l'appareil digestif,* langue blanche, abdomen météorisé, clapotis gastrique net, foie un peu gros, débordant de un travers de doigt le rebord de fausses côtes. La rate est normale.

L'enfant est paresseux, elle est en retard pour le développement mental.

On la met au régime.

Revient le 1er février. — L'enfant n'a plus uriné dans la nuit dans son lit, aspect général meilleur, l'enfant est moins apathique, elle a régulièrement ses selles.

Continuer le régime.

OBSERVATION XX

(Recueillie par M. le Dr Collin)

(*Enurésie digestive*)

Camille D..., âgé de 8 ans et 1/2.

Vient consulter la première fois le 3 janvier 1912.

L'enfant est né à terme. Il a commencé à marcher à 14 mois, à parler à 1 an. L'enfant a eu sa première dent à 13 mois. Il a été élevé au biberon.

ant. personnel. — L'enfant a eu la diarrhée verte à l'âge de 13 mois, l'entérite muco-membraneuse à l'âge de cinq ans. La rougeole à 7 ans.

Ant. héréditaires. — Père bien portant. Mère albuminurique.

Histoire de la maladie. — L'enfant a eu une période de propreté de 4 ans, il n'a uriné de l'âge de un an jusqu'à l'âge de cinq ans. Depuis l'âge de cinq ans, urine de temps à autre dans son lit, la nuit. Dans la journée a des envies impérieuses d'uriner. L'enfant présente de temps à autres des troubles gastro-hépatiques ; poussée d'urticaire très rapide, dès que l'enfant a mangé du poisson ou de la charcuterie.

Quelquefois l'enfant se plaint de maux de tête, de douleurs dans le ventre, accompagnées de vomissements, sa bouche

est mauvaise, ses selles sont fétides par moment. Ces troubles gardo-hépatiques coïncident le plus souvent avec sa période de l'incontinence nocturne. L'enfant est sujet aux bronchites.

Examen. — L'enfant a été examiné au moment de l'incontinence.

Du côté de l'appareil digestif et ses annexes, nous trouvons :

Douleur à la pression dans la région épigastrique.

Le fois est gros, déborde 2 travers de doigts le rebord de fausses côtes. La rate est normale.

Appareil respiratoire. — Matité et respiration soufflante au sommet droit. L'enfant tousse.

Adenopathie cervicale et inguinale. Système nerveux. Reflexes vifs. Babinski en flexion de deux côtés.

Les urines sont rares, pas d'albumine.

L'enfant est soumis au régime.

Revue le 2 janvier.

L'enfant n'a pas uriné dans la nuit, l'enfant urine moins dans la journée. Le foie est diminué. L'état général est meilleur. Continuer le traitement.

OBSERVATION XXI (Personnelle)

Jeanne P.., âgée de 9 ans.

L'enfant est née à terme, elle a commencé à parler à 15 mois, à marcher à 16 mois. Elle a eu sa première dent à 11 mois. L'enfant a été élevée au biberon.

L'enfant n'a cessé d'uriner qu'à l'âge de 4 ans. Elle a été propre de l'âge de 5 ans à l'âge de 7 ans. Vers cet âge l'en-

fant a recommencé à uriner la nuit au lit. Son énurésie s'était beaucoup accentuée pendant la dernière année.

Il y a 15 ans la petite malade a commencé à présenter des troubles digestifs : langue saburrale, haleine fétide, douleurs abdominales, état nauséeux, constipation opiniâtre, l'énurésie s'est nettement aggravée au moment de ces troubles.

L'enfant est admis à l'hôpital pour son état digestif, après un mois de traitement l'énurésie disparaît. Nous avons revu l'enfant deux mois après, l'énurésie n'est pas revenue.

Dans les antécédents héréditaires de cet enfant nous avons trouvé de l'éthylisme : père atteint de cirrhose atrophique du foie.

Trois enfants sont morts de méningite.

Ant. personnels. — L'enfant a eu la rougeole à 7 ans. Pas d'autres maladies d'enfance. Jamais d'accident pulmonaire.

OBSERVATION XXII

(Recueillie par M. le docteur Lesage)

Gaston A..., âgé de 3 ans et demi, vient consulter le 21 décembre 1912 pour l'incontinence nocturne et les troubles digestifs.

Antécédents de l'enfant : il est né à terme, l'enfant a commencé à marcher et à parler à 11 mois. Pas de maladies d'enfance.

Dans les *ant. hér.* nous relevons une grosse hérédité *similaire :* son père urinait au lit jusqu'à l'âge de 18 ans, son frère urinait au lit jusqu'à l'âge de 9 ans, un autre jusqu'à 6 ans. Une sœur urinait au lit jusqu'à 7 ans. La mère n'a jamais uriné au lit, elle est très nerveuse.

Histoire de la maladie. — L'enfant a été propre de l'âge de 20 mois jusqu'à l'âge de 28 mois. Depuis cette époque il urine par périodes la nuit dans son lit. Son sommeil est particulièrement profond depuis quelque temps. Il dort sur le pot. C'est à l'âge de 28 mois que la mère s'était aperçue que le ventre de l'enfant a beaucoup grossi, qu'il avait beaucoup de gaz, que ses matières étaient très fétides.

A l'examen nous constatons que l'enfant est très gros, qu'il présente des signes de rachitisme : l'évasement du thorax, le chapelet costal.

Appareil digestif et ses annexes : pas de clapotis gastrique. Le foie est abaissé de trois travers de doigts au-dessous du rebord costal. La rate est perceptible.

On institue le traitement.

L'enfant est revenu le 1er février 1912.

Il n'a pas uriné au lit depuis un mois.

OBSERVATION XXIII

(Recueillie par M. le docteur Collin)

(*Enurésie. Forme infantile prolongée*)

Léon B..., âgé de 3 ans et demi. L'enfant est né *avant terme*. Il a commencé à marcher à 26 mois, à parler à 16 mois. Il a eu sa première dent à 7 mois.

Ant. héréditaires. — Père est atteint de *tuberculose pulmonaire.*

Histoire de la maladie. — L'enfant n'a jamais eu de période de propreté, il urine constamment la nuit dans son lit, il a des envies fréquentes d'uriner dans la journée, mais il ne se

mouille jamais dans le jour. Son sommeil est très profond, l'enfant dort sur le pot.

A l'examen de cet enfant nous trouvons : du côté de l'appareil digestif tout est normal.

Système nerveux : reflexes très vifs.

Résistance à la fatigue très prononcée. Conservation des attitudes. Babenski en extention de deux côtés.

L'enfant est très rebel au traitement.

OBSERVATION XXIV (personnelle)

Forme hémative de l'Enurésie

L. H..., âgé de 10 ans.

L'enfant est né à terme, il a été nourri au sein. Il a parlé à l'âge de 15 mois, il a commencé à marcher à 11 mois. Il a eu sa première dent à 5 mois.

Ant. personnels. — L'enfant a eu des convulsions, la rougeole et la scarlatine.

Ant. héréditaires. — Père est mort de *tuberculose pulmonaire.* — Urinait toujours au lit. Mère bien portante. 6 autres enfants bien portants dont le deuxième, qui a actuellement 23 ans, urinait au lit jusqu'à l'âge de 18 ans.

Histoire de la maladie. — L'enfant a été propre jusqu'à l'âge de 6 ans. Depuis cette époque à la suite d'un choc opératoire (il a été opéré d'une hernie double) urine la nuit au lit aussi bien que dans la journée dans son pantalon. L'enfant urine constamment et surtout dans la journée. On le voit dans le jour tout-à-coup devenir très rouge, il se dépêche d'aller uriner, mais arrive toujours en retard.

A l'interrogatoire nous apprenons que son sommeil est très léger.

L'enfant se réveille fréquemment dans la nuit, en poussant dee cris, il est très agité toute la nuit et il est très long à s'endormir.

L'enfant a une imagination très vive, il invente toujours des histoires extraordinaires. Il se met très facilement en colère, pleure pour un rien. Il apprend facilement mais oublie immédiatement. De temps à autreil a des crises de diarrhée.

Examen. — Appareil digestif normal, système nerveux : réflexes exagérés, pas de Babinski.

Examen des urines : ni albumine, ni sucre.

L'enfant est soumis au traitement.

Revu le 19 janvier 1912, aucune amélioration pour la journée, mais amélioration notable pour la nuit.

On continue le traitement.

CONCLUSIONS

1° A côté des formes classiques de l'incontinence nocturne d'urine, il y a lieu de créer une forme digestive de l'énurésie.

2° Les caractères spéciaux légitiment cette distinction :

a) Il y a toujours eu une période de propreté entre l'énurésie physiologique du nourrisson et l'énurésie pathologique de la seconde enfance.

b) L'énurésie digestive est intermittente ; elle apparaît et disparaît avec les troubles digestifs.

c) Le régime alimentaire est la médication rationnelle de ces troubles ; il exerce toujours une heureuse influence ;

d) Le sphincter doit être toujours mis hors de cause.

e) La venue du sommeil crée l'incontinence.

f) Le sommeil est toujours très profond.

3° Il apparaît donc bien que la profondeur du sommeil soit ici la cause de l'énurésie chez certains prédisposés : hérédo-tuberculeux, hérédo alcooliques, et cet état du

sommeil paraît lié aux intoxications digestives.

Le cortex, le premier et le plus touché par le sommeil, devient inapte à toute vigilance, lorsque le sommeil est profond.

C'est probablement par ce mécanisme que le sommeil profond, causé par des troubles toxiques digestifs, se complique d'*énurésie*.

Vu : Le Président de Thèse,
MARFAN.

Vu le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'Imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Albarran. — Exploration des fonctions rénales, 1905 :

Archives de physiologie, juillet 1896.

Archives de médecine des enfants, juin 1911.

Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition, mars 1907.

Baumel. — Leçons cliniques sur les maladies de l'enfant, 1893.

Bazy. — Nouvelles variétés de l'incontinence. Société de chir. 1904.

Berger et Loevy. — Journ. de l'anat. t. XXXIV, p. 364.

Bourcier. — De la tuberculose de la vessie, thèse de Paris 1886.

Bulletin de la société de péd. de Paris juin 1909.

Bulletin de la société biologique 1898, p. 448.

Carel — Contribution à l'étude de l'incontinence essentielle d'urine (hyperchlorurie). Thèse de Lyon, 1905.

Chancel. — Art. Incontinence. Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.

Courtade. — De l'incontinence d'urine chez les enfants, et

en particulier de l'incontinence nocturne dite essentielle. L'œuvre med. chirurg. 22 septembre 1911, n° 65.

Courtade. — Gazette des maladies infantiles 1901.

Collin André. — Procédés de recherches de la résistance à la fatigue chez l'enfant. Gazette des hôpitaux, 20 jain 1911.

Collin André. -- Le syndrome infantile normal psycho-neuro-musculaire. Thèse 1912.

Collin André. -- Contribution à l'étude de l'énurésie dite essentielle. Gaz. des Hôp. 30 nov. 1911.

Coutela. -- Thèse de Paris 1908.

Déjerine. -- Traité de pathologie générale de Bouchard 1901. t. V. p. 377.

Decroizille Coriderat. -- Sur l'incontinence d'urine chez les enfants (Rév. gén. de clin. et de thérap. Paris 1889).

De Souich. -- Incontinence essentielle d'urine, thèse de Paris 1877.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. Art. Sommeil. Art. Anesthésie.

Fasso. -- Thèse de Montpellier 1901-1902. Pathologie de l'incontinence chez l'enfant.

Féré. -- La famille névropatique.

Filatow. -- Traité de maladies d'enfance.

Genouville. -- Thèse de Paris 1894.

Dupré. -- La constitution émotive. Paris méd. 1911.

Grancher, Comby, Marfan. -- Traité des maladies de l'enfance. Art. de Louis Guinon, sur l'incontinence nocturne.

Guyon. — Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires.

Guyon. — Contribution à l'étude de l'utonie des sphincters. Journ. de méd. et de chirurg. t. XXXIII.

Janet. — Troubles psychopatiques de la miction. Thèse de Paris, 1889-1890.

Durham. — The physiologie of sleep.

Lesage. — Traité de maladies du nourrisson.

Longet. — Physiologie. t. III. p. 636.

Koplschutter. — Mechanik des schlafes. Leit f. ration médecin 1869, p. 34.

Merklen et Dupré. — La débilité motrice. XIXe Congrès des aliénistes et neurol. Nantes, août 1909.

Merklen. — De l'énurésie hypogénésique des enfants. Bulletin de la Soc. de péd. de Paris, juin 1909.

Mirallié. — Les accidents nerveux de l'entero-colite muco-membraneuse enfantile.

Monro. — Incontinence d'urine chez toute la famille.

Mondières. — Mémoire de l'incontinence d'urine.

Mosso et Pellacani. — Sur les fonctions de la vessie (archives ital. de biologie 1882).

Perlis. — Thèse de Paris 1899-1900. Contribution à l'étude de l'incontinence d'urine chez les enfants.

Picard. — De l'incontinence nocturne essentielle. (Progrès méd. 15 mai 1886)

Petit. J. L. — Œuvres méd. chirur. t. III. page 104.

Rosenbach. — Das Vernalten der reflexe bei sethlafenden. Leit, f. klin. Med. 1880. t. I.

Sethian. — Thèse de Paris 1902-1903. Incontinence d'urine stigmate de dégénérescence.

Thompsen. — Maladie des voies urinaires. Trad. fran. 1889.

Trousseau. — Cliniques à l'Hôtel-Dieu, t. II.

Tournay. — Thèse de Paris 1909. Sur l'homme endormi.

Teissier. — Phosphaturie. Thèse de Paris 1876.

Tuffier. -- Art. Incontinence d'urine dans le traité de Duplay et Reclus.

Waller. -- Éléments de physiologie humaine, trad. française Herzen 1898. p. 700.

West. -- Incontinence d'urine nocturne. Tr. des maladies d'enfance.

Imprimerie spéciale de la Librairie Ollier-Henry
26, rue Monsieur-le-Prince. — Paris.